

Capítulo 5

Encuentros de enriquecimiento mutuo entre profesionales de salud y población yoreme mayo que vive con diabetes tipo 2 en el norte de Sinaloa

Felix Gerardo Buichia Sombra¹

Estuardo Lara Ponce²

Maylin Almonte Becerri³

<https://doi.org/10.61728/AE24140065>

¹ Doctor en Estudios Sociales. Profesor e investigador de tiempo completo, Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1256-1828>

² Doctor en Ciencias en Estrategias para el Desarrollo Agrícola Regional. Profesor e investigador de tiempo completo, Universidad Autónoma Indígena de México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0251-721X>

³ Doctora en Ciencias en Infectómica y Patogénesis Molecular. Profesora e Investigadora, Universidad de la Salud, CDMX. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1552-5961>

Introducción

Actualmente los servicios de salud brindan programas con estrategias dirigida a atender problemas de salud como la Diabetes Mellitus Tipo 2, en este sentido estas estrategias deberán considerar los saberes y conocimientos propios de la comunidad para potencializar el éxito en el cuidado y control de la enfermedad. En el presente se presenta una propuesta de enriquecimiento mutuo entre profesionales de salud y población yoreme mayo que vive con Diabetes Mellitus Tipo 2. La salud de los pueblos originarios es un tema de gran importancia en la agenda pública. A pesar de los esfuerzos realizados para mejorarla, los indicadores de morbilidad y mortalidad en algunas zonas rurales muestran claramente la necesidad de adoptar una perspectiva intercultural para entender y abordar los problemas relacionados con la salud, la enfermedad y la atención. En este sentido, la Declaración Universal de los Derechos Humanos proclama que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos, y que deben tratarse fraternalmente, sin importar su raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o cualquier otra condición.

Dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles, la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2) requiere una atención integral que considere el Sistema Médico Tradicional Indígena, el cual parte de una cosmovisión diferente y se relaciona con otros actores sociales del modelo médico tradicional. El programa sectorial de salud 2020-2024 establece la responsabilidad y la obligación de las áreas institucionales de contribuir al logro de los objetivos del programa, considerando la interculturalidad como un elemento esencial para el desarrollo de estrategias y acciones.

Para mejorar los servicios de salud y el modelo tradicional que atiende a la población indígena Yoreme Mayo con DMT2, es necesario promover programas de formación y coordinación con los promotores de salud tradicionales de la comunidad. Estos programas facilitan el intercambio y la escucha mutua entre los diferentes actores, permitiendo que cada uno pueda evaluar críticamente sus prácticas, eliminar aspectos negativos y fortalecer los positivos de manera sinérgica. De esta forma, se promueve el empoderamiento y el desarrollo de la medicina tradicional, enriqueciendo así el modelo médico convencional. Los principios que deben orientar esta

relación son: el reconocimiento de la diversidad, el respeto a las diferencias, la sinergia, la horizontalidad y la complementariedad.

Se propone una metodología para el fortalecimiento mutuo entre el personal de salud y los conocimientos de las comunidades Yoreme Mayo que viven con DMT2, con el fin de aumentar la eficiencia de las acciones y promover prácticas de cuidado que estén en línea con los recursos propios de estas comunidades. Es fundamental avanzar hacia un enfoque intercultural en la salud, reconociendo y valorando la riqueza de saberes que pueden coexistir y complementarse para el beneficio de todos.

Antecedentes

La población indígena de México presenta una mayor susceptibilidad a desarrollar diabetes tipo 2 debido a factores genéticos, inequidades sociales como despojo, exclusión y discriminación, un nivel socioeconómico bajo, menor nivel educativo y acceso limitado a los servicios de salud, además de cambios en su estilo de vida. Esta afirmación está respaldada por diversos estudios, tales como los realizados por Basilio, Kwan y Towers (2016), Caballero (2018), Egeland y Young (2011), Juárez-Ramírez et al. (2014) y Leyva-Flores, Infante- Xibille, Gutierrez y Quintino-Perez (2013). Los datos sobre la prevalencia de DMT2 en la población indígena de México provienen de investigaciones realizadas entre 2017 y 2019 en diferentes comunidades, como los Mixtecos de Baja California, Pimas y Yaquis de Sonora, Mayas de Yucatán y Tojolabal de Chiapas. Estos estudios han encontrado que la prevalencia de DMT2 en estas poblaciones varía entre el 4 % y 26 %.

Asimismo, se ha identificado que factores como antecedentes familiares de DMT2, sobrepeso y obesidad (SyO), menor nivel educativo, mayor edad, hipertensión arterial y ser mujer están asociados con un mayor riesgo de desarrollar DMT2 (Castro-Juarez et al., 2017; Esparza- Romero et al., 2015; Jiménez-Corona et al., 2019; Loria, Arroyo, Fernández, Pardo y Laviada, 2018; Pacheco et al., 2018).

Condiciones culturales de la región

Los Yoreme Mayo son un pueblo indígena que se identifica como “yoreme” (que significa “el que respeta”) y cuya lengua es el yorem-nokki (INALI, 2015). Se ubican en la parte norte del estado de Sinaloa y el sur del estado de Sonora, principalmente en los municipios de El Fuerte, Choix, Guasave, Sinaloa de Leyva y Ahome en Sinaloa. Este grupo étnico posee una cultura rica, con tradiciones, usos y costumbres que los distinguen. Sin embargo, al igual que muchos otros pueblos indígenas en el país, ha enfrentado las consecuencias de la pobreza, marginación, explotación y opresión que ha perdurado por más de cinco siglos. Además, el continuo contacto e interacción con una sociedad no indígena ha tenido graves repercusiones en el desarrollo y la preservación plena de su identidad cultural (Guerra, Caro, Meza y Corrales, 2021).

Figura 1. Bandera de la Nación Yoreme Mayo de Sonora y Sinaloa.



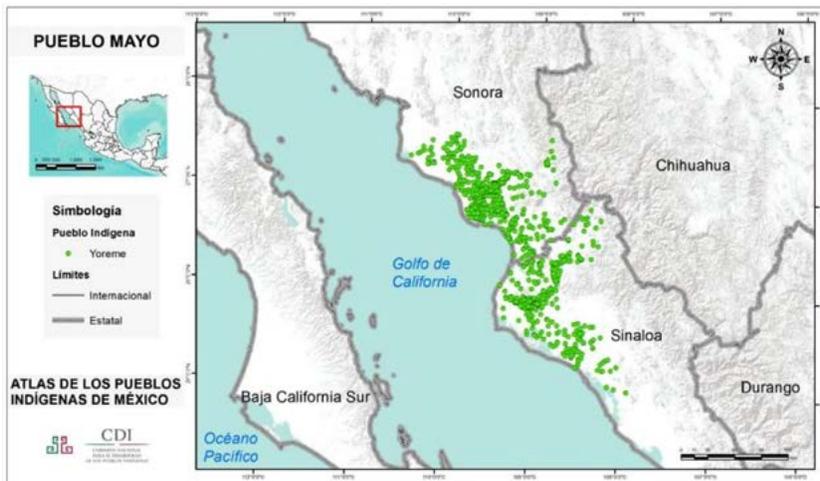
Fuente: Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas.

La etnoregión Yoreme-Mayo engloba 183 comunidades que requieren ser objeto de estudio y reconocimiento, especialmente en el ámbito social de la salud, para facilitar la integración de los conocimientos de la población con el sistema de salud. Hasta ahora, no se han realizado investigaciones previas que describan y analicen su estado de salud actual. Estas comunidades se encuentran distribuidas en seis municipios del estado de Sinaloa: El Fuerte (68), Choix (27), Guasave (18), Sinaloa municipio (10), Ahome

(51) y Angostura (9). Una de las localidades con una alta proporción de personas que se identifican como Yoreme-Mayo es Bacorehuis, ubicada en Ahome (Guerra, Caro, Meza y Corrales, 2021).

Aunque no se disponga de datos específicos sobre las enfermedades que afectan a los Yoreme-Mayo, es importante considerar que a nivel nacional las enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente la diabetes, ocupan los primeros lugares en términos de mortalidad. Por lo tanto, se hace necesario analizar este problema desde la perspectiva de los actores sociales involucrados, buscando una comprensión más profunda y contextualizada.

Figura 2. Región yoreme mayo del norte de Sinaloa y sur de Sonora.



Fuente: Atlas de los Pueblos Indígenas, Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.

La diabetes se ha convertido en una de las principales preocupaciones para la salud en el siglo XXI debido a su creciente prevalencia y altas tasas de mortalidad. Esta enfermedad representa una carga económica y social significativa para los individuos, familias, la sociedad y los sistemas de salud, debido a los costos asociados con su prevención, control y tratamiento. Además, la diabetes conlleva complicaciones graves, como ceguera, ataques cardíacos, insuficiencia renal, accidentes cerebrovasculares y amputación de extremidades inferiores (OMS, 2018; Si et al., 2010).

Para abordar la diabetes de manera efectiva, es necesario estudiarla desde diversas perspectivas, incluyendo el enfoque social, para comprender y analizar cómo afecta a diferentes grupos poblacionales, como el Yoreme Mayo (Federación Internacional de la Diabetes [IDF], 2019; OMS, 2016). Evaluar el riesgo actual y futuro de la diabetes es esencial para medir el impacto de programas de atención específicos, optimizar el uso de recursos, promover políticas de salud adaptadas a cada contexto y fomentar estrategias sociales para prevenir la enfermedad (Guariguata et al., 2014).

Dado que la etiología de la diabetes es compleja, se requiere una atención intercultural que combine diferentes conocimientos para establecer modelos de atención adecuados para enfermedades crónicas como esta. La salud es un fenómeno sociocultural complejo, y los enfoques interculturales deben tomar en cuenta la posición social de las personas, que está influenciada por factores socioeconómicos, políticos y culturales. Estas desigualdades sociales en salud, que se traducen en diferencias sistemáticas y potencialmente corregibles entre grupos, deben abordarse desde una perspectiva de equidad y justicia distributiva (Cardona, Acosta y Bertone, 2013; Meljem-Moctezuma, 2016).

Los grupos indígenas, debido a su heterogeneidad, enfrentan desproporcionalmente mayores inequidades y son más susceptibles a desarrollar diabetes. Esta situación podría ser atribuida a la interacción entre factores genéticos y factores sociales en salud, educación y economía, así como a los cambios en el estilo de vida provocados por la urbanización y aculturación, que afectan negativamente la dieta y la actividad física (Egeland et al., 2011; Esparza-Romero et al., 2015; Maldonado-Chan, 2015).

Se ha constatado que en México persisten desigualdades en el acceso a servicios de salud para la población en condiciones de pobreza, lo que afecta negativamente su calidad de vida y reduce las probabilidades de recibir atención adecuada para enfermedades, incluyendo la diabetes, una afección que requiere control y tratamiento a lo largo de toda la vida (Gutiérrez et al., 2019). Otro aspecto crucial es el acceso a una alimentación que favorezca el óptimo desarrollo de las personas. En este sentido, la seguridad alimentaria en la población mexicana se ve mermada en aquellos con ingresos y niveles educativos considerados bajos, lo que aumenta el riesgo de desarrollar diabetes y dificulta el manejo metabólico en pacientes ya diagnosticados (Mundo- Rosas et al., 2019).

Villalobos et al. (2019) afirman que la falta de educación formal, pertenecer al estrato económico bajo, hablar una lengua indígena y tener mayor edad incrementan la probabilidad de que las personas no realicen acciones de autocuidado para la Diabetes Tipo 2 (DMT2). Asimismo, pertenecer a un hogar indígena aumenta la probabilidad de que el personal de salud no realice las acciones básicas durante la consulta médica. En definitiva, la evidencia actual respalda la asociación entre desigualdades socioeconómicas y factores de riesgo para DMT2 (Sommer et al., 2015).

La competencia cultural

Según el Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (2017), la salud de los Yoreme- Mayo se aborda de tres maneras distintas: mediante instituciones oficiales, medicina doméstica y especialistas tradicionales. La medicina doméstica se enfoca en tratar males comunes utilizando infusiones de plantas y ciertas prácticas como frotamientos en el cuerpo. Los especialistas o curanderos, por otro lado, se dedican a tratar problemas específicos como huesos, empacho, partos, entre otros, utilizando conocimientos adquiridos de diversas formas, como dones divinos o enseñanzas familiares. En el estado de Sinaloa, los curanderos mayos han buscado el reconocimiento oficial de su profesión.

De acuerdo con la Federación Internacional de la Diabetes (IDF) en 2019, se estimó que había 463 millones de personas viviendo con diabetes en todo el mundo, siendo el 79 % de estos casos en países de ingresos bajos y medios, incluido México. Se proyecta que para el año 2045 esta cifra aumentará a unos 700 millones de adultos con diabetes. En 2019, México ocupó el sexto lugar en el número de personas de 20 a 79 años con diabetes, después de China, India, Estados Unidos, Pakistán y Brasil.

La diabetes ha sido una de las principales causas de muerte en el mundo, estimándose que 4.2 millones de adultos de entre 20 y 79 años murieron por esta enfermedad y sus complicaciones en 2019, lo que equivale a una muerte cada ocho segundos. A nivel mundial, se calcula que la diabetes está asociada con el 11.3% de todas las muertes en personas de esta franja de edad. Casi la mitad de las muertes relacionadas con la diabetes en este grupo de edad ocurre en personas menores de 60 años, es decir, en personas en edad activa (FID, 2019).

Los grupos socialmente desfavorecidos enfrentan una carga más pesada de Diabetes Tipo 2, y entre ellos se encuentran los pueblos indígenas. Se estima que alrededor de 370 millones de personas que habitan en más de 90 países se identifican con un grupo indígena, incluido México. En el país, existen 68 pueblos indígenas que representan el 10.1 % de la población total. De estos, la población Yoreme-Mayo es la más representativa en el norte de Sinaloa, asentada principalmente en los municipios de Sinaloa de Leyva, Guasave, Ahome, El Fuerte y Choix (Banco Mundial, 2018; Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas [INPI], 2019).

En México, la prevalencia de DMT2 ha experimentado un aumento del 5.8 % al 10.3 % entre 2000 y 2018 en la población general. La mayor prevalencia se observa en personas mayores de 50 años y es más alta en mujeres tanto en zonas rurales como urbanas. En Sinaloa, la prevalencia de DMT2 en 2012 fue del 8.2 %, aunque se encuentra por debajo de la media nacional, ha experimentado un ligero aumento entre 2006 y 2012, lo que representa un alto impacto económico y social en la región (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT], 2018; ENSANUT, 2016; ENSANUT, 2012).

Servicios de salud- comunidad indígena

En la población Yoreme-Mayo, no se han identificado servicios de salud competentes para la atención intercultural. Los pobladores se atienden en las unidades de salud de la Secretaría de Salud, que cuenta con centros de salud rurales dispersos en zonas cercanas a las comunidades Yoreme Mayo.

El presente modelo de atención intercultural para el cuidado de la salud en adultos Yoreme Mayo que viven con DMT2 en la comunidad Bacorehuis, Ahome, Sinaloa, permitirá establecer un diálogo de saberes mutuo entre los servicios de salud y los habitantes de la comunidad. Bacorehuis es una comunidad ubicada en la región norte de Sinaloa y se ha seleccionado por dos consideraciones importantes: el porcentaje de población que se autoidentifica como Yoreme-Mayo y su ubicación territorial.

La localidad se encuentra entre los límites de Sinaloa y Sonora, en la Sindicatura de Villa Gustavo Díaz Ordaz del municipio de Ahome, Sinaloa, México. Sus coordenadas GPS son: Longitud (dec): -109.085556 y

latitud (dec): 26.319722, con una altitud promedio de 10 metros sobre el nivel del mar. En cuanto a la edad de los ciudadanos, hay 682 menores de edad y 1,058 adultos, de los cuales 144 tienen más de 60 años. Respecto al acceso a la atención médica por el seguro social, 887 habitantes de Bacorehuis están cubiertos. Los demás se atienden a través del INSABI en clínicas de la Secretaría de Salud.

En Bacorehuis, hay un total de 363 hogares, de los cuales 357 son viviendas. De estas, 98 tienen piso de tierra y aproximadamente 54 consisten en una sola habitación. Un total de 268 viviendas tienen instalaciones sanitarias, 329 están conectadas al servicio público y 334 tienen acceso a la luz eléctrica. En el aspecto económico, 6 viviendas tienen una computadora, 71 cuentan con una lavadora y 278 tienen una televisión. En cuanto a la escolaridad, se estima que hay 102 analfabetos mayores de 15 años, y 8 de los jóvenes entre 6 y 14 años no asisten a la escuela. De la población a partir de los 15 años, 94 no tienen ninguna escolaridad, 485 tienen una escolaridad incompleta, 347 tienen una escolaridad básica y 247 cuentan con una educación posbásica. Un total de 110 jóvenes entre 15 y 24 años han asistido a la escuela. La mediana escolaridad entre la población es de 7 años (Nuestro México, 2021).

A continuación, se presenta una imagen de Google Earth donde se aprecia el territorio de la localidad.

Figura 3. Mapa satelital de la comunidad Bacorehuis, Ahome, Sinaloa.



Fuente: Google Earth (2022).

La comunidad recibe atención médica en centros de salud y hospitales de la Secretaría de Salud. Hasta el momento, no se ha identificado ninguna práctica de medicina tradicional indígena dentro de la comunidad. Sin embargo, durante las entrevistas con los habitantes, mencionaron que utilizan algunos “remedios” para controlar la DMT2. A continuación, se presenta una imagen del Hospital Integral al que acuden para el seguimiento de la enfermedad. Este hospital está ubicado en la Comunidad Gustavo Díaz Ordaz, a 5 km de Bacorehuis.

Figura 4. Hospital Integral del Valle del Carrizo.



Fuente: Servicios de Salud de Sinaloa.

Otro de las instituciones de salud de la Secretaría de Salud a la que asisten los habitantes de la comunidad Bacorehuis, es al centro de Salud de la comunidad Guillermo Chávez Talamantes, ubicada a 3 Km. De la comunidad, para llegar a este centro, los habitantes toman dos medios de transporte. A continuación se puede observar el centro de salud rural disperso de la comunidad.

Figura 5. Centro de Salud Rural Disperso Guillermo Chávez Talamantes, Servicios de Salud de Sinaloa.



Fuente: Servicios de Salud de Sinaloa.

Modelo intercultural

La interculturalidad implica una relación en la que varios grupos de poblaciones culturales diferentes conviven y se relacionan compartiendo espacios territoriales, lingüísticos y jurídicos. A diferencia de la multiculturalidad, donde un grupo cultural mantiene una hegemonía e impone su visión, perspectiva e intereses sobre las demás poblaciones, en las relaciones interculturales existe la disposición del reconocimiento a partir del ejercicio de derechos, no como una concesión o claudicación de privilegios de un grupo ante otro, sino como un marco para potenciar relaciones hacia la convivencia social (Secretaría de Salud).

Es importante señalar que el modelo de salud intercultural es un conjunto de condiciones, servicios, recursos, procesos e interrelaciones en el que participan profesionales de la salud, unidades de salud y hospitales que han realizado adaptaciones para ofrecer servicios de salud que respeten la diversidad. Esto implica la participación de profesionales de las medicinas complementarias y practicantes de la medicina tradicional indígena en interacción con la población usuaria, así como servidores públicos y líderes

comunitarios relacionados con la promoción del bienestar y la salud familiar, colectiva y comunitaria.

Para su implementación, se requieren condiciones de política pública. Enmarcado en los postulados de la 4ª transformación, que ya se está implementando en las instituciones de salud con una visión renovada hacia la atención primaria, se establecen elementos que permiten su potenciación y desarrollo, ya que implica la transformación de los procesos convencionales para los programas de salud.

El punto de confluencia más visible entre un enfoque intercultural y el legado de la educación popular lo constituye la centralidad del diálogo (Guilherme y Dietz, 2015). Para Freire, la dialogicidad es una característica esencial e indispensable de todo proceso educativo liberador y antiautoritario.

Propuesta de enriquecimiento mutuo

La presente propuesta retoma de los elementos metodológicos y modelos descritos por la Secretaria de Salud a través del modelo de cuidado intercultural que permite proponer un *Proyecto de enriquecimiento mutuo para el cuidado intercultural del paciente adulto Yoreme Mayo que vive con Diabetes Tipo 2*. Dentro de los modelos y estrategias encontrados se encuentran los siguientes:

- Promover la capacitación/sensibilización Intercultural al personal directivo, operativo y en formación de los servicios de salud, para atender la promoción en materia de derechos indígenas, derechos humanos, igualdad de género y no discriminación, así como para la atención integral a víctimas.
- Fomentar modelos de organización comunitaria y la designación de representantes en la comunidad que faciliten acciones de promoción y prevención en salud, bajo un enfoque intercultural.
- Establecer la Interrelación de los Servicios de Salud con la Medicina y partería Tradicional Indígena.
- Impulsar la inclusión de la herbolaria medicinal, los medicamentos homeopáticos y los insumos de la acupuntura humana en la atención de la salud de la población.

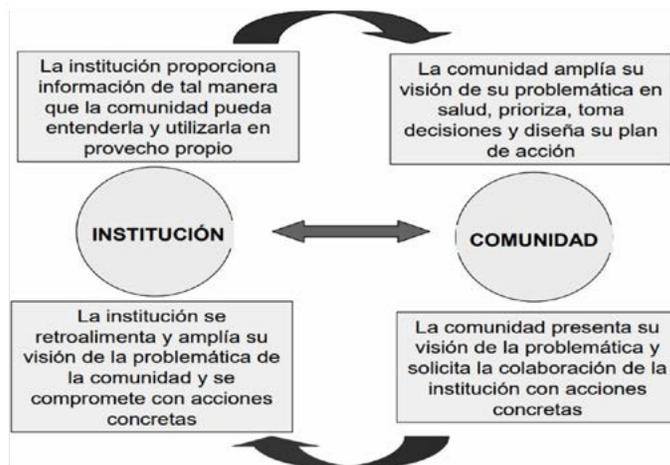
- Impulsar la promoción de estrategias de nutrición culturalmente adecuada, como la “Dieta de la Milpa” para contribuir a erradicar la malnutrición.
- Impulsar la definición de “Redes Integrales e Interculturales de Flujo Real de pacientes” con la inclusión de unidades interculturales de salud (incluyendo hospitales), la medicina tradicional y los actores de la salud comunitaria.
- Impulsar la inclusión de “Infraestructura intercultural” en la planeación y diseño de unidades de salud. Impulsar las Redes de Unidades y Hospitales Interculturales.



Objetivo

Fomentar el diálogo de conocimiento entre los adultos Yoreme Mayo con diabetes tipo 2 (DMT2) de la comunidad Bacorehuis, Ahome, Sinaloa, y los centros de salud, específicamente el centro de salud rural disperso Guillermo Chávez Talamantes y el Hospital Integral del Valle del Carrizo, Ahome, Sinaloa.

Figura 6. Proceso de conocimiento mutuo: instituciones de salud y la comunidad.

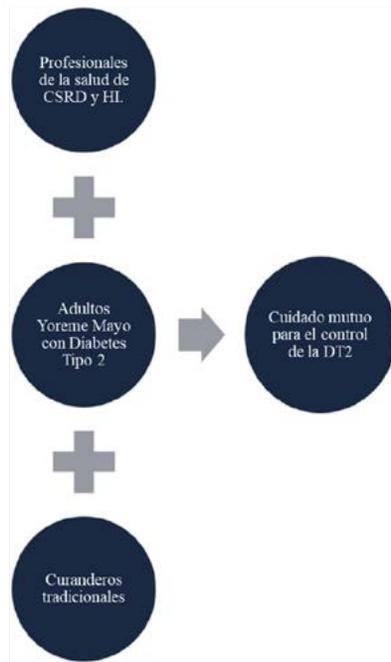


Fuente: Modelo de cuidado intercultural.

Grupo objetivo

El grupo objetivo de la presente propuesta está conformado por dos segmentos principales: en primer lugar, los adultos Yoreme Mayo que han recibido previamente un diagnóstico médico de diabetes tipo 2 (DMT2) y, en segundo lugar, los trabajadores de salud que desempeñan sus funciones en los centros de salud cercanos a la comunidad Bacorehuis, Ahome, Sinaloa.

Figura 7. Esquema de Encuentros de Enriquecimiento Mutuo entre Personal de Salud y Población Yoreme Mayo que Vive con Diabetes Tipo 2 en el norte de Sinaloa.



Fuente: Elaboración propia.

Población beneficiada

- 23 Adultos yoreme mayo con DMT2 de la comunidad Bacorehuis, Ahome, Sinaloa.
- Personal de salud del centro de salud rural disperso de la comunidad Guillermo Chávez Talamentes, Ahome, Sinaloa.
- Personal de salud del Hospital Integral del Valle del Carrizo, Ahome, Sinaloa, México.
- Promotor de salud comunitario de la comunidad Bacorehuis, Ahome, Sinaloa.

Operadores

- 1 enfermero del Centro de Salud Rural disperso de la comunidad Guillermo Chávez Talamantes.
- 1 promotor comunitario de Bacorehuis, Ahome, Sinaloa.
- Personal de Enfermería del hospital integral del Valle del Carrizo.
- 1 gobernador tradicional indígena de la comunidad Bacorehuis, Ahome, Sinaloa.

Metodología (educación, negociación, participación)

En el presente se muestra el proceso metodológico para favorecer en encuentro de enriquecimiento mutuo entre personal de salud y población yoreme mayo que vive con DMT2 en el norte de Sinaloa. Las etapas se describen a continuación:

1. Educación

En el proceso de educación para el cuidado de la diabetes se desarrollarán con los temas respecto al tratamiento para la diabetes desde la perspectiva de operativos de las instituciones de salud:

- 1.1.1. Alimentación para el cuidado y control de la DMT2.
- 1.1.2. Actividad física para el cuidado y control de la DMT2.
- 1.1.3. Tratamiento farmacológico para el control de la DMT2.

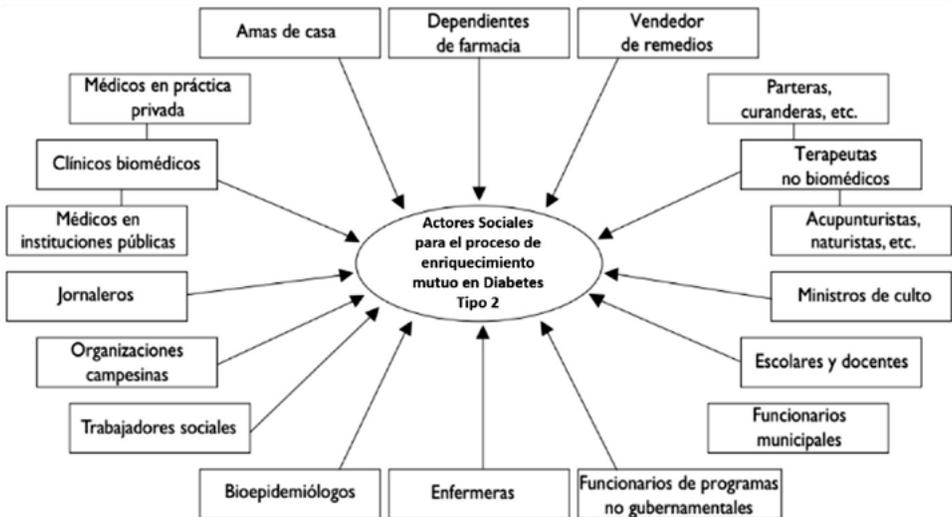
Además, se incluirá en el tratamiento y control de la DMT2, los saberes de los adultos con DMT2, respecto a su visión de:

- 1.2.1. Alimentos disponibles en la comunidad que favorecen el cuidado y control de la Diabetes Tipo2.
- 1.2.2. Actividad física que el/la adulta que vive con Diabetes Realiza en su entorno comunitario, además de los recursos disponibles en la comunidad, como son los sitios públicos de esparcimiento.
- 1.2.3. Establecer un diálogo sobre el significado de los medicamentos hipoglucemiantes orales y la insulina con los habitantes de la comunidad, en este proceso de debe incluir a la familia y vecinos.

Negociación

El proceso de negociación es un elemento importante en el encuentro de enriquecimiento mutuo, de acuerdo con Hersch (2013) es importante considerar a todos los actores sociales para desarrollar un proceso de comprensión y cuidado mutuo, integrando un proceso dialógico entre todos los actores involucrados, en este caso; adultos yoreme mayo y su familia, vecinos, grupos de ayuda de la comunidad, promotor comunitario, personal de salud de la comunidad y de los centro de salud cercanos, además de las unidades hospitalarias, en el siguiente esquema se muestra de los posibles actores para la integración del encuentro de enriquecimiento mutuo.

Figura 8. Actores sociales en el proceso de enriquecimiento mutuo de saberes.



Fuente: Hersch, (2013). Epidemiología sociocultural: una perspectiva necesaria.

El proceso de negociación consistirá en determinar los beneficios de los recursos disponibles para el cuidado y control de la DMT2 de la comunidad y determinar los saberes-prácticas más beneficiosas para el cuidado y control de la enfermedad.

Participación

La participación comunitaria de los líderes indígenas, habitantes de la comunidad y los trabajadores de la salud que implementan programas de prevención y control para la DMT2 serán los actores sociales principalmente involucrados en este proceso, es importante mencionar que se desarrollarán taller al interior de la comunidad para intercambiar conocimientos sobre la DMT2, sus prácticas de atención y los recursos de la comunidad para su cuidado y control.

Descripción de los modelos

No.	Modelo tradicional	Modelo comunitario para el cuidado de la DMT2
1	En la visita inicial se deben registrar los datos en una historia clínica debidamente elaborada, en esa misma visita y en visitas subsiguientes.	Atención inicial en la comunidad, en la casa de la persona que vive con DMT2, donde se identifiquen los recursos disponibles para el cuidado del padecimiento.
2	Citas mensuales para control de niveles de glucosa/hemoglobina glucosilada, medición de IMC y toma de tensión arterial.	Visitas domiciliarias organizadas y coordinadas por el promotor de salud de la comunidad, el propósito es identificar necesidades de educación para el cuidado de la enfermedad.
3	Surtir medicamento a través de una receta que incluye nombre del fármaco, vía, dosis y horario.	Verificar a partir de la visita domiciliaria el cumplimiento de los medicamentos y en su caso revisar el consumo de tratamientos alternativos basado en saberes de la comunidad, para el control de la enfermedad.
4	Plática de educación para la salud al interior del centro de salud sobre DMT2, causas, síntomas, complicaciones, desde la perspectiva biomédica.	Desarrollar talleres comunitarios, con enfoque de participación comunitaria donde se pueden establecer los conocimientos de la comunidad respecto a la DMT2, sus causas, síntomas y percepción respecto a los tratamientos alopáticos.
5	Las personas de la comunidad que viven con DMT2 asisten de manera aislada cuando hay complicaciones como hipoglucemia, hiperglucemia, principalmente.	Favorecer el dialogo de saberes respecto a las situaciones de urgencia; desarrollar lluvia de respecto a los síntomas y signos de alarma de la hiperglucemia, hipoglucemia.

No.	Modelo tradicional	Modelo comunitario para el cuidado de la DMT2
7	El planteamiento de un programa terapéutico a largo plazo para la o el adulto con diabetes debe tener en cuenta los siguientes aspectos: valoración de la expectativa de vida, la existencia de complicaciones propias de la diabetes, la presencia de trastornos neuropsiquiátricos u otros problemas médicos coexistentes y la cooperación y facultad del paciente para comprender el programa terapéutico.	El planteamiento de un programa intercultural que incluya el seguimiento de la persona desde una perspectiva individualizada: recursos, creencias, significados de la enfermedad y sus prácticas para el cuidado de la enfermedad.
8	El plan de manejo debe incluir el establecimiento de las metas de tratamiento, el manejo no farmacológico, el tratamiento farmacológico, la educación del paciente, el automonitoreo y la vigilancia de complicaciones.	Integrar en el plan de manejo para el control de la DMT2 metas del tratamiento farmacológico y complementario (vigilados), establecer las características de la alimentación tradicional indígena yoreme mayo de la comunidad que permita identificar los alimentos y su aporte nutricional, además de identificar la actividad física diaria y el establecimiento de rutinas acorde a los recursos disponibles en la comunidad.
9	Las metas básicas del tratamiento incluyen el logro de niveles adecuados de glucosa, colesterol total, colesterol-LDL, colesterol- HDL, triglicéridos, presión arterial, índice de masa corporal, circunferencia abdominal, y la HbA1c.	Establecer metas individualizadas (peso, dieta, identificación de signos de alarma para hipoglucemia e hiperglucemia) que permita establecer el cumplimiento de acuerdo con los recursos disponibles.
10	El manejo no farmacológico es la base para el tratamiento pacientes con prediabetes y diabetes y consiste en un plan de alimentación, control de peso y actividad física apoyado en un programa estructurado de educación terapéutica.	Determinar un catálogo de medicina tradicional indígena yoreme mayo de la comunidad, específicamente sobre aquellos recursos que se utilizan para control de la DMT2.

Fuente: Secretaría de Salud. (2010). Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010.

Propuestas

La participación se establecerá de la siguiente forma:

1. Reunión con el gobernador tradicional indígena para establecer los objetivos y proceso de implementación de la estrategia de enriquecimiento mutuo para el cuidado de la DMT2.
2. Reunión con promotores de salud comunitarios, en este primer contacto es importante considerar el proceso de intercambio de ideas con respeto a factores culturales que podrían influir en el control de la enfermedad; creencias, hábitos, tradiciones, rituales, fiestas patronales, además de identificar a la población objetivos, es decir personas con diagnóstico médico previo de DMT2.
3. Reunión con los habitantes de la comunidad Bacorehuis, Ahome, Sinaloa, para establecer comunicación inicial, explicar el proceso de implementación del enriquecimiento mutuo, cabe resaltar, que en este proceso se incluirán principalmente a la persona que vive con DMT2, su familia, vecinos y personas del apoyo social de los pacientes.
4. Establecer reunión con los curanderos tradicionales, personas sabias en el conocimiento de los recursos de la comunidad que se utilizan por lo habitantes para el control de la DMT2.
5. Establecer el primer contacto con los servicios de salud, para establecer las estrategias de enriquecimiento mutuo con las personas de la comunidad Bacorehuis, Ahome, Sinaloa, respecto al proceso de atención tradicional.
6. Establecer una comisión integrada por promotores de salud comunitario, gobernador tradicional indígena, personas que viven con DMT2 y el personal de salud de las dos clínicas de atención cercanas a la comunidad.
7. Taller de conocimiento sobre la DMT2 en población Yoreme Mayo de la comunidad, en el cual estarán participando principalmente las personas con diagnóstico médico de DMT2 y el personal de salud.
8. Taller de conocimiento sobre de DMT2 en personal de salud dirigido a los adultos Yoreme Mayo con DMT2 y su familia.
9. Identificar las áreas de oportunidad como los alimentos y bebidas que se consumen con frecuencia y que son bajos en azúcar.

Consideraciones finales

En conclusión, los encuentros de enriquecimiento mutuo entre profesionales de salud y la población Yoreme Mayo que vive con diabetes tipo 2 en el norte de Sinaloa representan una estrategia altamente beneficiosa para mejorar la atención y el manejo de esta enfermedad en la comunidad. Estos intercambios de conocimientos y experiencias permiten establecer un diálogo enriquecedor que trasciende las barreras culturales y promueve una atención más intercultural y contextualizada.

Durante estos encuentros se establece la oportunidad de aprender sobre las prácticas de cuidado tradicionales y las creencias culturales que están presentes en el manejo de la diabetes tipo 2 entre la población Yoreme Mayo. Esta comprensión más profunda permite adaptar y personalizar las estrategias de atención médica y cuidado de la salud al considerar las preferencias y necesidades específicas de la comunidad.

Por su parte, la población Yoreme Mayo podría combinar su conocimiento sobre la diabetes y adoptar prácticas de autocuidado más efectivas. Asimismo, el reconocimiento y respeto a sus saberes ancestrales por parte de los profesionales de salud fortalece su confianza en el sistema de atención a la salud y su disposición para seguir los tratamientos recomendados.

Además, estos encuentros facilitan el fortalecimiento de los lazos comunitarios y la cohesión social. La colaboración activa entre profesionales de salud y la población Yoreme Mayo fomenta una participación de la comunidad en la toma de decisiones sobre su propia salud y contribuye a la construcción de un ambiente de apoyo mutuo. Finalmente, los encuentros de enriquecimiento mutuo entre profesionales de salud y la población Yoreme Mayo con DMT2 en el norte de Sinaloa se configura como una estrategia efectiva para promover una atención de salud más intercultural, inclusiva y centrada en el paciente. Estos espacios de diálogo y aprendizaje generan beneficios significativos tanto para los profesionales de salud como para la comunidad, sentando las bases para una atención a la salud más integral y respetuosa de la diversidad cultural en la región. Sin embargo, para lograr todo lo anterior, se espera una respuesta favorable de la comunidad que permita obtener un mejor cuidado y control de la DMT2.

Referencias Bibliográficas

- Alcantara-Sanchez (2014). A todo se acostumbra uno, menos a no comer... azúcar: prácticas de alimentación ante la diabetes en grupos domésticos triquis, inmigrantes en Sonora. Disertación maestría, Colegio de Sonora. <http://biblioteca.colson.edu.mx:8080/repositorio/handle/2012/44380>
- American Diabetes Association. (2022). Introduction: Standards of Medical Care in Diabetes— 2022. *Diabetes Care*, 45(Supplement_1), 1–S2. <https://doi.org/10.2337/dc22-Sint>
- Arias-Hernández, I., Avalos-García, M. I., & Priego-Álvarez H. R. (2020). Calidad percibida del control de la diabetes en indígenas chontales. *Horizonte sanitario*, 19(2), 291-299. <https://doi.org/10.19136/hs.a19n2.3655>
- Berger, P.L. y Luckmann, T. (2008). La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrortu
- Bermedo, S. (2015). Dimensiones y significados que adquiere el proceso salud/enfermedad/atención en usuarios mapuche – williche con diabetes mellitus e hipertensión arterial. *Revista Chilena de Salud Pública*, 19(1), p. 47-52. doi:10.5354/0719-5281.2015.3633
- Boyd K. M. (2000). Disease, illness, sickness, health, healing and wholeness: exploring some elusive concepts. *Medical humanities*, 26(1), 9–17. <https://doi.org/10.1136/mh.26.1.9>
- Castro-Juarez, A. A., Serna-Gutiérrez, A., Lozoya-Villegas, J. F., Toledo-Domínguez, I., Díaz- Zavala, R. G., & Esparza-Romero, J. (2018). Prevalence of previous diagnosis of hypertension and associated factors in the Yaqui indigenous of Sonora. *Revista mexicana de cardiología*, 29(2), 90-97. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-21982018000200090&lng=es&tlng=
- Concepción-López, R., & Avalos-García, M. (2013). Diabetes mellitus hacia una perspectiva social. *Revista cubana de salud pública*, 39(2), 331-345
- Conrad, P. y Barker, K. (2010). The Social Construction of illness: Key Insights and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51, S67-S79. <http://DOI:10.1177/0022146510383495>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2018). Medición de la pobreza. https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza_2020.aspx

- Cruz-Sánchez, M., & Cruz-Arceo, M. A. (2020). El significado de la diabetes mellitus entre indígenas chontales de Tabasco, México. *Población y Salud en Mesoamérica*, 18(1), 149- 175. <https://dx.doi.org/10.15517/psm.v18i1.40092>
- Esparza-Romero, J., Valencia, M. E., Urquidez-Romero, R., Chaudhari, L. S., Hanson, R. L., Knowler, W. C., ... Schulz, L. O. (2015). Environmentally Driven Increases in Type 2 Diabetes and Obesity in Pima Indians and NonPimas in Mexico Over a 15-Year Period: The Maycoba Project. *Diabetes Care*, 38(11), 2075–2082. <https://doi.org/10.2337/dc15-0089>
- Estrada, M. R. G. (2016). Educación Intercultural Bilingüe y enseñanza de inglés: El caso de una comunidad mayo. *UniverSOS*, 13, 153-168.
- Federación Internacional de la Diabetes. (2019). Diabetes atlas. https://diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133352_2406-IDF-ATLAS-SPAN-BOOK.pdf
- García, E. G., Hernández, J. G. V., & Martínez, F. R. (2013). Los yoremes de Sinaloa y su inclusión a la sociedad de la información. *Revista educación y tecnología*, (3), 94-110.
- García-Piña, V., Cardoso-Gómez, N.E., Serrano-Sánchez, C., & Ostigún-Meléndez, R. M. (2015). Prácticas de cuidado tradicional y espiritual en una comunidad indígena nahua. *Cultura de los cuidados*, 34-43
- García de Alba, J. E., Salcedo, A. L., & López-Coutiño, B. (2006). Una aproximación al conocimiento cultural de la diabetes mellitus tipo 2 en el occidente de México. *Desacatos*, (21), 97-108. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2006000200007&lng=es&tlng=es
- Grupo Internacional de Trabajo sobre Asuntos Indígenas (IWGIA). (2020). Impacto social y epidemiológico del covid-19 en los pueblos indígenas de México. <https://www.iwgia.org/es/noticias-alerta/noticias-covid-19/3803-debatesindigenas-impacto-socio.html>
- Hersch-Martínez, P. (2013). Epidemiología sociocultural: una perspectiva necesaria. *Salud pública de México*, 55(5), 512-518.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). *Censo de población y vivienda 2020*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/Result_Censo2020_Nal.pdfv

- Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas. (2017). Etnografía del pueblo mayo de Sinaloa y Sonora (yoremes). <https://www.gob.mx/inpi/articulos/etnografia-de-los-mayos-de-sonora>
- Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas. (2020). Guía para la atención de pueblos indígenas y afroamericano ante el COVID-19, en lenguas indígenas. <https://www.gob.mx/inpi/articulos/guia-para-la-atencion-de-pueblos-indigenas-y-afroamericano-ante-el-covid-19-en-lenguas-indigenas>
- Jiménez-Corona, A., Nelson, R. G., Jiménez-Corona, M. E., Franks, P. W., AguilarSalinas, C. A., Graue-Hernandez, E. O., Hernandez-Avila, M. (2019). Disparities in prediabetes and type 2 diabetes prevalence between indigenous and nonindigenous populations from Southeastern Mexico: The Comitán Study. *Journal of Clinical & Translational Endocrinology*, 16.
- Laurell, A. C. (1986). El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. *Cuadernos Médico Sociales*, 37, 3-18. <https://red.amr.org.ar/wp-content/uploads/sites/3/2015/10/n37a138.pdf>
- López-Ramón, C., & Ávalos-García, M. I. (2013). Diabetes mellitus hacia una perspectiva social. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(2), 331-345. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000200013&lng=es&tlng=es
- Loria, A., Arroyo, P., Fernandez, V., Pardo, J., & Laviada, H. (2018). Prevalence of obesity and diabetes in the socioeconomic transition of rural Mayas of Yucatan from 1962 to 2000. *Ethnicity & Health*, 1-7. doi:10.1080/13557858.2018.1442560
- Martínez-Ávila, B., & Alvarez-Aguirre, A. (2021). Aplicación de la fenomenología de Amedeo Giorgi como sustento metodológico. *ACC CIETNA: Revista De La Escuela De Enfermería*, 8(1), 106-112. <https://doi.org/10.35383/cietna.v8i1.570>
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 613-619. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300006n>
- Medina-Torres, S. M., Cortés-Gregorio, I., Lara-Ponce, E., & Sandoval-Forero, E. A. (2016). Uso de mamíferos silvestres entre yoremes y yoris de El Fuerte, Sinaloa, México. *Agricultura, sociedad y desarrollo*, 13(4),

529-545.

- Mejía-Navarrete, J. (2000). El muestreo en la investigación cualitativa. *Investigaciones sociales*, 4(5), 165-180. <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/sociales/article/download/6851/6062>
- Menéndez, E. L. (1994). Le enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71-83. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711357008>
- Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & saúde coletiva*, 8, 185-207
- Moreno-López, S. (2014). La entrevista fenomenológica: una propuesta para la investigación en psicología y psicoterapia. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 20(1), 63-70. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672014000100009&lng=pt&tlng=es
- Noreña, A. L., Alcaraz-Moreno, N., Rojas, J. G., & Rebolledo-Malpica, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12(3), 263-274. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972012000300006&lng=en&tlng=es
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Informe mundial sobre diabetes. apps.who.int/iris/bitstream/10665/204877/1/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf
- Pacheco, L. S., Hernández-Ontiveros, D. A., Iniguez-Stevens, E., Brodine, S., Garfein, R. S., Santibañez, M., & Fraga, M. A. (2018). Prevalence and correlates of diabetes and metabolic syndrome in a rural indigenous community in Baja California, Mexico. *BMC Public Health*, 18(1), 1397. <http://doi:10.1186/s12889-018-6276-x>
- Pelcastre-Villafuerte, B. E., Meneses-Navarro, S., & Rivera-Dommarco, J. (2020). Programa Institucional Salud de los Pueblos Indígenas: agenda para la investigación, la docencia y la vinculación. *Salud pública de México*, 62(2), 228-230. <https://doi.org/10.21149/10992>
- Portela García, S. C. (2018). Por una perspectiva kaingang sobre diabetes e hipertensión arterial: prácticas de autoatención, articulaciones y conflictos. *Desacatos*, (58), 50-65. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2018000300050&lng=es&tlng=es

- Secretaría de Salud México. (2010). Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. <http://www.spps.gob.mx/images/stories/SPPS/Docs/nom/NOM-015-SSA2-2010.pdf>
- Secretaría de Salud. (2010). Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. Recuperado de <https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/4215/salud/salud.htm>
- Secretaría de Salud. (2020). Modelo de Salud Intercultural En el Contexto de la Atención Primaria, la Salud Comunitaria y el Fortalecimiento de las Redes y Servicios de Salud (Y modelos clínico-terapéuticos de fortalecimiento de la salud ante la epidemia de COVID- 19). Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/715881/Modelo_de_Salud_Intercultur_al_2021_actualizado_cif_covid_.pdf
- Sergio, L. P., Clara, J., & Diana, R. (2015). Creencias de indígenas chiapanecos en torno a la diabetes y posibilidades de atención intercultural. *Salud Problema*, (17), 27-41.
- Yáñez Moreno, P. (2013). La diabetes mellitus entre los comcaac de Soocaix, Sonora: significados, usos y razones para una epidemiología sociocultural. *Estudios de Antropología Biológica*, 16.